

“Alguns Aspectos do Comportamento dos Mutilados”

Prof.^a Ivonete Batista Xavier*

1. INTRODUÇÃO

Pretendemos abordar os aspectos psicológicos relativos a adaptação à prótese e a condição de mutilado em geral, particularmente procurando investigar se diferentes níveis de inteligência produzem graus de adaptação diversos.

Quando em 1973 elaboramos o projeto deste trabalho para apresentar à Câmara de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Pernambuco, escrevemos que o estudo de “Alguns Aspectos do Comportamento dos Mutilados” estava inserido numa perspectiva de uma Psicologia de adaptação da personalidade à doença. E alimentamos a idéia de que um dia os fatos que estudaríamos poderiam ser utilizados no quadro da terapêutica para melhor compreender os doentes portadores de amputação, e promover medidas hospitalares inspiradas na Psicologia. Nossos objetivos fundamentais seriam: a) o estudo da personalidade de indivíduos portadores de diversos tipos de mutilações; b) o estudo de modificações psicológicas “reacionais” dos indivíduos face a situação traumatizante.

* Profa. do Departamento de Psicologia do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Pernambuco.
Colaboradoras — Vera Lúcia Alves Oliveira, Maria Consuelo Passos, Maria Conceição Pedrosa e Maria das Graças Torres da Silva.

As dificuldades encontradas se referiram a manipulação de infundáveis protocolos (com frequência incompletos e ou com informes irreais; a desorganização urbana (encontramos cinco ruas com o mesmo nome em um só bairro; impossibilidade de colher os dados devido a não autorização dos dirigentes de alguns hospitais; e em algumas instituições a inexistência de arquivo.

Por conta das dificuldades explicitadas a nossa amostra ficou bastante reduzida; fazia-se necessário redefinir os objetivos, as hipótese de trabalho, a fim de se tirar o máximo do mínimo que nos era dado. Nossas ambições se restringiriam e o nosso estudo passaria a ter apenas um caráter exploratório e de levantamento de problemas.

2. METODOLOGIA

Iniciamos o trabalho fazendo um levantamento cuidadoso da literatura sobre o assunto. A seguir passamos a consultar os arquivos dos hospitais a fim de definirmos a amostra. Simultaneamente, realizávamos entrevistas com o pessoal que compunha a equipe que prestava assistência ao amputado (médico, assistentes sociais, enfermeiras, psicólogos e protéticos).

2.1. Hipótese

A nossa hipótese a ser investigada seria se diferentes níveis de inteligência produziram diferentes graus de ajustamento à prótese e a situação de mutilado em geral.

2.2. Instrumentos e Técnicas

Os instrumentos e técnicas utilizadas foram um questionário, um teste de inteligência (INV.Forma C), o teste do desenho da figura humana (Machover) e o Z.teste (de Zulliger). Os Testes Psicológicos selecionados obje-

tivavam fornecer uma visão global da personalidade do amputado, seja em seus aspectos estruturais seja em seus aspectos expressivos e dinâmicos. A aplicação dos testes foi procedida individualmente; o questionário foi aplicado quando da localização do endereço, enquanto os testes foram realizados nas diversas clínicas psicológicas locais. O questionário foi elaborado com a finalidade de colher dados sobre identificação pessoal, caracterização da amputação, atitudes diante do fato médico, sentimentos vivenciados pelos amputados ante à situação mutilante e referidos pelos mesmos como de seus familiares e amigos, ajustamento à prótese e a situação mutilante em geral. (vide anexo).

2.3. Amostragem

Submeteram-se a investigação 17 indivíduos todos do sexo masculino que sofreram amputação no período de 1970 a 1972, distribuindo-se segundo as faixas etárias de 20 à 29 anos (2), de 30 à 39 (7) e 40 à 50 anos (8). Em relação ao estado civil, 8 são casados, 7 solteiros e 2 vivem maritalmente. A maioria pertence a religião católica (12); protestante (3) e não tem religião (2): Quanto ao nível de instrução 3 não são alfabetizados, 13 fizeram o 1.º ciclo (5 incompletos e 8 completos), e apenas 1 tem curso universitário. Em relação a ocupação 7 possuem uma qualificação profissional e apenas 2 destes continuavam exercendo a ocupação, enquanto um revelou ter aprendido uma nova atividade. As amputações foram motivadas predominantemente por acidente (10), enquanto (7) foram atribuídas a enfermidades de etiologia diversas; foram mais frequentes as amputações de membros inferiores (11), havendo (2) casos de amputação bilateral (respectivamente um dos membros superiores e outro nos membros inferiores). Todos referiram não possuir antecedentes amputados na família.

3. RESULTADOS

Na avaliação dos resultados que se seguem consideramos dois grupos ("mais inteligente" e "menos inteli-

gente”), conforme os pontos obtidos ao teste de inteligência; não consultamos nenhuma tabela, o resultado do grupo foi tomado como parâmetro; estabelecemos uma relação com os diversos itens do questionário e outras dimensões psicológicas específicas das técnicas utilizadas.

3.1. Adaptação à prótese

O termo adaptação é tomado no sentido de o indivíduo ter se motivado a adquirir e usar a prótese.

a) O nível de inteligência dos indivíduos não se mostrou uma variável significativa, isto é, de diferenciação no tocante a adaptação à prótese; apenas 9 adquiriram prótese, incluindo 2 em andamento, (5 dos “mais inteligentes” e 4 dos “menos inteligentes”) e destes só 2 a usavam (1 de cada grupo); a quase totalidade do grupo (14) referiu a “sensação do membro fantasma”; considerando os 2 que usavam a prótese o “mais inteligente” referiu ainda ter sensações do membro fantasma e o “menos inteligente” não.

b) Os 9 verbalizaram que ainda não estavam adaptados à prótese, mesmo a minoria que a utilizava; os “mais inteligentes” (5) justificavam sua inadaptação referindo que o membro artificial não tinha correspondido as suas expectativas; 2 do grupo “menos inteligente” acharam que a prótese correspondeu as suas aspirações, enquanto os outros 2 não. Os sentimentos verbalizados à primeira vista diante da prótese foram de decepção, tristeza, revolta e medo; o tempo de colocação variou para todos de 60 a 90 dias.

c) Os que não usavam prótese (5) (excluindo as que estavam em andamento) alegaram mal estar físico (sensação de dor, peso, limitação de movimento, inadaptação ao côto) e psicológico (desgosto, inaceitação expressa pela crítica ao aspecto estético; “desagradável feiura”). Infe-

lizmente por um lapso, deixamos de investigar porque o restante do grupo não adquiriu prótese.

3.2. Atitudes diante do fato médico

a) Observamos que os indivíduos “mais inteligentes” (9) revelaram em sua maioria uma atitude mais realista, de aceitação, diante do fato médico (amputação), independentemente de informação prévia dada pelo médico.

b) Os indivíduos “menos inteligentes” (8) revelaram desespero, tristeza e incredulidade, embora uma minoria tenha expressado uma atitude de conformação, apesar de quase todos (exceto 1) terem sido previamente informados que iriam sofrer uma amputação.

3.3. Sentimentos vivenciados pelo amputado

a) Os sentimentos experimentados pelo indivíduo após a amputação são projetados com certa freqüência nos seus familiares e amigos, independentemente da capacidade intelectual.

b) Os “mais inteligentes” (9) verbalizaram com mais freqüência reações de desespero, desespero seguido de resignação, “lamentação”, pavor, auto-piedade e incerteza quanto ao futuro.

c) Os “menos inteligentes” (8) referiram em sua maioria desgosto, tirsteza e “falta do membro”.

d) Dos (9) indivíduos “mais inteligentes”, 4 perceberam muitas mudanças em si próprios decorrentes da amputação; 3 referiram que “continuam os mesmos”, enquanto 2 perceberam apenas algumas mudanças em suas vidas; os aspectos mais referidos se relacionam com diversões (4), temperamento (3) e disposição para o trabalho (3).

e) Dos (8) indivíduos "menos inteligentes", 5 perceberam muitas mudanças após se tornarem amputados, 2 referiram apenas algumas mudanças, enquanto 1 achou que "não mudara"; as áreas mais afetadas se referem a diversões (5), temperamento (4), e disposição para o trabalho (3) — idênticas as do grupo "mais inteligente".

3.4. Testes projetivos

a) Utilizamos na avaliação do desenho da pessoa (Machover), o "escor de deteriorização" elaborado pelo Prof. José Otávio de Freitas Junior. A pontuação média atingida pelo grupo estudado foi 13,3 que corresponde ao grau de deteriorização I, ou seja, muito acentuado; a categoria diagnóstica que mais se aproxima deste índice é a dos orgânicos, conforme estudos realizados pelo autor acima citado.

b) De modo geral (vide tabela) (1) tanto os que obtiveram uma pontuação "acima ou abaixo da média" no INV, revelaram no desenho da figura humana acentuada distorção do esquema corporal, o que poderia revelar uma não aceitação da imagem corporal (sinais D, Le A).

c) Os que atingiram uma pontuação "acima da média" (9) no INV se destacaram no Machover pela natureza do traçado gráfico (linhas muito recobertas, não uniformes, com interrupções), o que poderia denotar incerteza, temor e ansiedade (Sinal F).

d) O grupo "menos inteligente" (8) revelou um desenho da figura humana pouco elaborado com sinais de primitivismo, infantilismo e regressão; estes sinais estiveram ausentes no outro grupo (Sinais G, E, P).

e) No Z-Teste tomando o grupo como um todo, tivemos uma média de 6.76 respostas por pessoa nas 3 lâminas;

INV	MACHOVER														Σ		
	f	D	L	F	A	G	E	P	N	J	B	H	I	C		S	T
8	1	1	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
9	1	1	1	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
12	2	2	1	-	1	2	2	-	-	-	1	-	1	2	-	-	13,4
14	1	1	1	-	1	1	1	-	1	1	-	-	-	1	-	-	4
15	1	1	1	-	1	1	1	1	-	-	-	1	-	1	-	-	4
22	1	1	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	3
24	1	1	1	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Σ	8	8	6	1	4	6	5	3	2	1	1	1	1	4	0	1	27
27	1	1	1	1	1	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	4
31	1	1	1	1	1	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	3
35	2	2	1	2	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	13,4
36	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2
37	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
54	1	-	1	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2
Σ	7	5	5	7	4	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	20

* não fizeram o Machover (1 amputado das 2 mãos e o outro recusou-se)

** associamos a frequência dos diversos sinais; somente o item "t" (item de correção) está ponderado

O tempo total médio nas 3 lâminas foi de respectivamente 14,5", de 15,7" e de 14,5"; computamos ainda 2 respostas adicionais, 2 rejeições na lâmina 3 e 4 respostas não computadas por falhas na investigação.

f) O grupo "mais inteligente" se caracterizou pelo maior número de respostas G (33%), todavia nem sempre de boa qualidade (F- 38% e F+ 27%); as respostas de cinesia são todas de boa qualidade (FM 6% e M 3%); as respostas de cor apresentam-se como FC (4,7%), CF (3,1%) e C (1,5%) em ordem decrescente aparecem Fk (6,3%), Fc (4,7%), FC' (1,5%) e FK (1,5%). Frequência relativa de respostas aos espaços em branco (10%); vulgares 16%; conteúdos — H 23%, inclui (H) 14%); A 43%, Anatomia 6%, radiografia 6%. Tipo de vivência: extratensivo.

g) O grupo "menos inteligente" se distingue pelo maior número de respostas D (65%), bem como de respostas

aos espaços brancos (20%). As respostas de forma (F+ 29% e F- 29%) se equilibram; as respostas de cor se representam apenas por uma CF; a relação FM; M é 6; O; presença de Fc (7,8%). Conteúdo — H (26%), A (35%), Anatomia 16%, vulgares 10%. Tipo de vivência: coartativo.

h) Uma interpretação sumária dos dados acima nos permite concluir que os indivíduos "mais inteligentes" revelaram no Z-teste maior riqueza associativa, maior elaboração mental; labilidade afetiva, egocentrismo; indícios de dificuldade no relacionamento interpessoal: sentimentos de inadequação motivando mecanismos de supercompensação; os indivíduos "menos inteligentes" revelaram pobreza associativa, vida mental excassa; sinais de imaturidade afetiva, regressão, impulsividade; esta, assume a forma de descargas contínuas provocando certamente dificuldades no meio ambiente; sentimentos de inadequação, gerando mecanismos compensatórios; mecanismos de adaptação, de natureza passiva diante da situação traumática.

4. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Estudar o comportamento dos mutilados é uma tarefa muito ampla, por conta das complexas e múltiplas variáveis envolvidas. O nosso trabalho enfatiza os aspectos psicológicos, notadamente os relacionados com o uso da prótese e a adaptação a condição mutilante.

Os nossos resultados devem ser vistos com cautela e reserva uma vez que a casuística é limitada. Assim, os dados sugerem que: 1.º) o nível intelectual não se constituiu um fator significativo no que se refere ao "ajustamento" à prótese. Conclusão similar aparece nos trabalhos de ABRAM, H. S. et alii e de MONTERO, J. C.; estes autores consideram a motivação como elemento "chave" na adaptação à prótese; 2.º) ter tido (ou não) conhecimento prévio da amputação; ter sido (ou não) orientado para o uso da

prótese, são fatores que também parecem não ter significação no "ajustamento" à prótese; 3.º) os indivíduos (mais inteligentes" revelaram uma atitude mais realista, de aceitação, diante do fato médico (cirurgia mutilante) independentemente de informação prévia fornecida pelo médico; 4.º) a cirurgia mutilante foi vivenciada pelos "mais inteligentes" com desespero, pavor, incerteza, mas aparece concomitantemente em vários a atitude de resignação, enquanto que as reações depressivas são características do grupo menos inteligente. ABRAM, H. S. et alii consideram em suas investigações a depressão com um prognóstico de pobre adaptação (tanto à prótese como à situação de vida em geral); 5.º) os achados dos testes projetivos revelaram que: a) os amputados de modo geral enfrentam dificuldades de relacionamento interpessoal; b) a adaptação da afetividade é precária, porém é mais nos indivíduos menos inteligentes; c) os amputados utilizam de mecanismos de adaptação passivos ante a experiência traumática; é uma característica peculiar sobretudo dos menos dotados; d) a inteligência aparece em relação positiva com maior riqueza associativa e ansiedade (isto é também verdade para os normais); e) sentimentos de inadequação pessoal motivando uma exagerada necessidade de afirmação pessoal são mais freqüentes nos indivíduos inteligentes.

SUMÁRIO

O presente estudo, em caráter exploratório, aborda alguns aspectos do comportamento dos amputados relacionados com a adaptação à prótese e a situação de vida em geral. Os dados sugerem que a inteligência, o conhecimento prévio (ou não) da amputação, ter tido (ou não) orientação sobre o uso da prótese parecem não ser fatores importantes no ajustamento à prótese; a inteligência, a atitude de independência, parecem levar a uma aceitação mais imediata da amputação; a depressão parece ser um prognóstico de pobre adaptação de modo geral; os amputados em sua maioria enfrentam dificuldades de relacionamento interpessoal; a adaptação da afetividade é precária,

porém é mais nos indivíduos "menos inteligentes"; os amputados utilizam de mecanismos de adaptação passivos ante a experiência traumatizante; é uma característica peculiar sobretudo dos menos dotados; a inteligência aparece em relação positiva com uma maior riqueza associativa e ansiedade; sentimentos de inadequação pessoal motivando uma desmedida necessidade de auto afirmação, são mais freqüentes nos indivíduos "mais inteligentes".

SUMMARY

This present exploratory study approaches some aspects of the amputee's behavior related to his adjustment to prosthesis and his life situation in general. Our findings suggest that some factors such as intelligence, previous knowledge (or not) of the amputation, orientation (or not) about the use of prosthesis don't seem to be important in the adjustment to prosthesis; intelligence and an independent attitude seem to lead to a more immediate acceptance of the amputation; depression seems to prognosticate poor adaptation by and large. Most amputees face problems concerning interpersonal relationship. The adaptation of the affectivity is deficient, though it is more deficient in less intelligent patients. The amputees make use of passive mechanisms of adaptation toward the experience of amputation; it is a particular characteristic of theirs, especially of those who are less intelligent; intelligence appears in a positive relationship with a richer associative capacity and anxiety. The more intelligent patients show more frequently feelings of personal inadequacy, so bringing about an excessive necessity of self-affirmation.

BIBLIOGRAFIA

1. ABRAM, H.S. et alii — A multidisciplinary computerized approach to lowen limb amputation, Southern Med. J., 62, sep. 1968

2. SIMPSON, E.B. et alii — Psychologic aspects of amputation a lower limb, J. Lancet, 87, nov. 1967
3. GUERRA, A. G. — Padronização e classificação de respostas do Z teste, in Revista Bras. Psic. Apl. Rio de Janeiro 24 (2): 21-57 abr-jun. 1972
4. MONTERO, J.C. — Rehabilitation of the amputee. Med. Treat 5, sep. 1968
5. HOOVER, R.M. — Problems and complications of amputees. Clin. Orthop. 37 nov-dec. 1964
6. FREITAS JUNIOR, O. — Um escor de deterioração do desenho da pessoa in J. Bras. Psiq., Rio de Janeiro, 17: 25-52, jan-dez., 1968
7. LAMBERT, C. et alii — The juvenile amputee program: it's social and economic value. J. Bone Joint Surgery 51, sep., 1969
8. MERRY, P.H. et alii — Training an amputee, Med. Biol. Illus., 18 oct., 1968
9. CHILVERS, A.S. et alii — The social fate of the amputee. Lancet 2,27 nov. 1971
10. GUYOTAT, J. et alii — Un aspect de l'adaptation du malade a la situation morbide. Revue de Psychologie Appliquée, 1.º tri, vol. 10 n.º 1, 1960.